

### 1 自己評価及び外部評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2770901516		
法人名	医療法人 啓友会		
事業所名	グループホームめぐみ2		
所在地	大阪府高槻市安岡寺町1-36-8		
自己評価作成日	令和4年1月25日	評価結果市町村受理日	令和4年4月2日

#### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

「その人らしく笑顔で安心して最後まで！」の理念を基に、御本人様、御家族様が望むなら、看取りまでを考えています。医療法人の為、併設のクリニックに看護師も24時間常駐しており、グループホームで何かあっても、医療との連携が、とりやすい事が利点と考えています。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.keiyukai-nakajima.jp/">http://www.keiyukai-nakajima.jp/</a>
----------	---

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

当事業所は高槻市北部の山手の閑静な住宅地にある。田んぼや緑が色濃く残り、敷地内には桜の大木や地蔵堂がある。医師である法人理事長は在宅医療と介護において長きに渉り地域に貢献してきた。総合介護施設：めぐみの家(神経科クリニック:15床の有床診療所・デイサービス・定員6名のグループホーム「めぐみ」他)の設立から3年後(2003年)同敷地内に当事業所(定員6名のグループホーム)を「めぐみ2」として立ち上げた。本館とは渡り廊下で直結し職員は各サービスを兼務している。多くの利用者はデイサービスを経て入居しており平均年齢は91歳と高齢であり介護度も高い。当事業所に常駐する看護師と主治医・併設クリニックと職員らの連携もスムーズであり、医療面での万全の体制がとられ、設立以来多くの看取りを経験している。利用者は安心して穏やかに暮らし家族からの信頼も厚い。

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	令和4年3月10日		

#### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I.理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	新人職員には、オリエンテーションなどで理念を伝え、実践できるように協力を行っている。	グループホームとしての理念「住み慣れた地域で交流を図りながら、その人らしくみんなが最期まで笑顔でよりそえる家」は、職員(めぐみ・めぐみ2)が相談し作り上げたもので、目につく玄関に掲示している。理念を簡潔にしたスローガン「その人らしく笑顔で安心して最後まで」を機会をとらえて確認し、職員や家族への周知を図っており、日々の支援に活かしている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	日常的に交流できているとは言えない。コロナ禍のなか交流の機会が持てない。地域ボランティア団体の会議には出席している。	コロナ感染対策として外部との接触を制限しているため、地域との交流は停滞したままである。殆どのボランティアは休止しているが、利用者と接触がない共用部分の清掃や敷地内の季節の花々(プランター)の手入れは続行している。コロナが治まり次第、運営推進会議や施設でのイベント(花見・夏祭りなど)を復活し地域との交流促進に取組みたいとしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議にて認知症に関わる勉強会を行っていたが現在書面での会議運営で実践が難しい		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は書面での開催で意見はFAXや電話にて受け付けている。	コロナ禍により行政の了解を得た上で実質開催を控え一昨年より書面開催を続けてきた。現状報告を文書で参加者や家族に郵送し、2ヶ月ごとの開催としていた。2年に及ぶコロナ禍は収束の見通しがたない現状だが、アフターコロナの実質開催に備え参加者との双方向の交流を復活させたいとしている	書面開催として報告書を従来の参加者(地域包括支援センター職員、地域NPO法人代表等)に郵送しているが、運営推進会議はホームの運営や支援状況について外部との意見交換が出来る貴重な場である。「文書等で意見照会」をおこない、収集した助言・情報提供を議事録にまとめ、ケアの質向上に努める取組みを期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	不明な事や判断を仰ぎたい時には福祉指導課に連絡をとっている。事故の報告も行ない困難事例があれば相談することになっている。	行政とは主に福祉指導課を窓口で事故報告などに頻りに報告・相談を行っている。コロナ対策については保健所に相談や指導を受けている。地域包括支援センター職員とは運営推進会議で情報を貰い頻りに交流があった。現在は休止しているが市からの介護相談員を月1回受け入れている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人内で毎年勉強会を行っている。又、身体拘束委員会で勉強会を行っている。	定期的な身体拘束適正化委員会・指針・議事録・研修記録など書類の整備も含め、対策は適切になされており、現在は身体拘束の事例はない。法人の「鍵を掛けない」方針で玄関や居室のベランダは無施錠である。帰宅願望の強い利用者が車椅子で庭まで出ていることもあったが、施設の全職員が連携し見守りを強化しているため事故などは未然に防ぐ事ができている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	法人内で毎年勉強会を行っている。不明な怪我等があれば、可能な限り解明に努めている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	対象利用者はいないが併設事業所に準対象者がおり家族に成年後見制度について勧めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	担当者が説明を行い、疑問点があれば随時対応している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議にて意見交換の場を設けている他に、家族からの要望や意見は面会時含め、いつでも聞けるようにしている。地域ボランティア会議にて意見があれば随時対応している。	コロナ禍により直接会うことも出来ず、不安で一杯な家族にとって毎月の「めぐみ瓦版」(利用者の笑顔の写真やメッセージ等)は普段の様子がよくわかると喜ばれている。管理者は電話でも頻繁に様子を知らせ要望を聞きとっている。コロナ禍での面会についての要望が最も多く、オンライン面会など工夫して意向の反映を図っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	定例会議の中で、話し合いの場を設けている。提案があればなるべく採用しやってみるというやり方をしている。	居室担当制にしている。毎月の会議時に職員の提案や意見を募っている。管理者は介護職も兼務しており穏やかで話しやすい人柄もあつて、職員から直に意見を聞く機会が多い。提案は出来る限り、ケアに取り入れている。風通しの良い意見の言いやすい職場環境とのことである。職員面談は年1回管理者が行っている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	毎年、職員全員に自己評価表を記入してもらい、それを基に把握に努めて個人面談も行っている。(介護職員処遇改善給付金制度あり)		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内の勉強会を月に1度行ない職員のスキルアップに努めている。外部の研修のお知らせをも行ない、指名し参加してもらう事もある。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	法人内にある、各事業所の交流はあるが、外部と交流する機会はほとんどない。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	すでに、同法人のデイケア・デイサービスを利用していた方が多く、職員も兼務が多い為に、入居時から関わりが多い事で安心してもらえている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前に話し合いの場を作り、入居後も利用者様、一人ひとりに担当者を設け、要望等も聞きやすい体制を作っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	担当者、計画作成担当者をご本人様、ご家族様と話し合い、必要であれば在宅で行っていたサービスも継続できるように対応している。(訪問マッサージ等)同法人内の通所サービスの利用者は職員と共に見学に行ったりもしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者様一人ひとりのペースの把握に努め、利用者様の言葉を尊重できるよう柔軟な体制作りを行なっている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族様と共に支援していけるように話し合い、外出や外泊も可能な限り行っている。面会時には一緒に話が出来るような雰囲気作りにも心がけている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	同法人のデイケアやデイサービスに友人が来られている際には、会いに行ったりできるように支援している。(現在は休止)	感染対策のため本館への出入りは最低限に留め、以前のようにデイサービスやデイケアの顔なじみとの交流は出来ていない。家族と会うのも建物の構造上制限せざるを得ず、距離(2階利用者と庭に家族)をとっての面会としていた。コロナ禍が落ち着いた期間には家族との外出(外食や正月の外泊)を支援していた。要望の多いオンライン面会にも対応している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	皆で過ごせる時間を多く設けており、必要時には職員が間に入るようにしている。攻撃的な利用者もおり暴言や暴力行為に対して注意深くかかわっている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	死亡による終了がほとんどだが、必要に応じてご本人様・ご家族様と連絡をとり、継続的に相談や支援を行っている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	計画作成時に関わらず、日常の会話の中で希望、意向の把握に努めている。意思の表出が困難な場合は家族の意見や本人の表情や普段の様子から検討している。	高齢化と重度化により年々意向の把握が難しくなっている(言語表出が可能な利用者は1名)。入居時に聴取したアセスメントシートを基に日頃の様子や仕草などから新たな想いを察する様にしている。「好きにさせてください」との利用者には無理強いせず、本人本位での支援に務め、のびのびと過ごして貰っている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご家族様や前CMから情報を集め、把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	アセスメント・モニタリングにて、把握に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様、一人ひとりに担当者を決め、個別のアセスメントを行ない、定例会議にて状況の把握。計画作成担当者と担当職員が、ご本人様、ご家族様と話し合い、介護計画を作成している。	カンファレンスは毎月の定例会議で行い基本的に長期1年短期半年で介護計画を作成している。居室担当や計画作成担当者が本人・家族・医師をはじめ関係者(看護師・鍼灸師など)からの情報を総合的にまとめケアプランを作成する。状態変化時には臨機応変に見直しを図っている。コロナ禍により家族とは電話でやり取りし了解を得ている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	主に定例会議にて情報の共有を行ない、必要に応じて介護計画の見直しへと繋げている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われなない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	それぞれ職員が気付いた事は、各担当者へ伝えながら、柔軟なサービスが行えるように努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	希望や必要があれば入居後も以前のサービスを継続して活用できるように支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医の継続と協力医療機関への受診は同意を得たうえでやっている。希望があれば当法人の診療所をかかりつけ医とし、受診支援も行っている。	今までのかかりつけ医、脳神経科(1名)への受診は家族が同行して行われている。協力医療機関からの往診は内科が月2回行われ全員が受診している。歯科の定期往診はなく必要時に連絡して受診している。訪問看護ステーションから週1回の訪問があり酸素吸入(3名)の利用者の点滴の差し替えや爪切り、皮膚の観察等健康管理を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	併設のクリニック看護師と日々相談しながら健康管理を行ない、支援している。週一回の訪問看護でも意見交換を行っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	連携病院があり備えている。早期に退院が決定しても受け入れる体制は整えている。(期限あり)		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時から看取りまで行なう方針の旨を説明している。ご家族様の希望に沿って、医師の判断を仰ぎながらホームで看取る事が可能であれば医療と連携をとりながら支援している。	契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」を示して看取りについて事業所の方針を説明して同意を得ている。医師から終末期に入ったと告げられた時点で再度看護師(24時間ONコール)や医師が同席してカンファレンスを行い今後の対応の仕方を家族に説明して同意を得たうえで看取りを行っている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	法人内の勉強会で緊急時の対応を学んでいる。併設のクリニック看護師と連携をとり、対応している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	火災時の避難訓練は年2回、昼間・夜間を想定したうえで行っている。運営推進会議でも災害時の対応を話し合っている。	法定の年に2回の火災時の訓練を日中・夜間想定に基づき1階のクリニックやデイサービスセンター合同で自主訓練を行っている。備蓄は水・食料、コンロ等、法人の管理栄養士が管理して3日分が備蓄されている。事業所独自のマニュアルが無く法人が作成中である。	地域住民の協力体制が無く、法人は事業所単位での初動、復興対応手順書を考え、適時の分析で考え方や方法の情報収集を行ったうえで基本計画の見直しを行い改善しようとしている。職員共々の共有体制の構築を急がれることを期待する。



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	定例の会議や勉強会にて周知している。訪室時は声かけするとともに失敗などに対して声かけを行っている	法人の年間研修計画をもとに職員は接遇、プライバシーポリシー、尊厳研修に適時に参加している。利用者の呼びかけには基本は「～さん」呼びだが、希望によりファーストネームの利用者もいる。羞恥心への配慮、言葉遣いにも配慮を払い、強い言葉や態度にはリーダーや管理者が気を付けて気付いた時点で注意している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者様の能力に合わせ対応している。普段から何気ない会話などから本人の思いをくみ取るよう支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	利用者様のペースに合わせ、極力、意思決定をしてもらえるように努めている。入浴は週3回決まっているが拒否の場合などは次の日に声かけするなど行っている		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	月一回の訪問美容師利用や衣類は本人及び家族と相談して決めるなど利用者様の状態に合わせ支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	同法人の管理栄養士によって献立を決め、委託の業者の食事を提供している。食事が経口摂取できるように、食形態は色々対応可能。準備や片付けは現状では難しいが出来る範囲で片付けを行ってもらおうようしている。	法人の管理栄養士が立てた献立の基に1階のクリニックの傍に厨房があり一括調理されている。季節の行事食、イベント食も準備され、おやつレクリエーションでは個別なゼリー寄せ等で対応がなされ、利用者は重度の方が多いがテーブル拭き、食器集めで参加している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	併設のクリニック管理栄養士とも連携しながら、支援をしている。水分や食事の摂取状況がわかるようチェック表を活用している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	利用者様の状態に合わせ、必要な支援をしている。歯磨き介助や口腔内の清拭など。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	個々の排泄のリズムが解るように排泄表あり。歩行が難しくても座位がとれれば極力トイレでの排泄支援を行っており、利用者様の状態に合わせた支援をしている。	排泄は基本はトイレ誘導としている。車椅子の利用者(リハビリパンツにパット)を含め座位が取れる利用者には時間を見計らったのトイレ誘導がなされている。夜間は2時間ごとの見回りだがポータブル(1名)、紙おむつ(1名)、リハビリパンツ・パットの交換を行い、安眠重視の対応がなされている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	原因や影響の理解は努めているが個々の対応はできていない。便秘の際には内服や併設のクリニック看護師によって浣腸等で対応している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	ご本人様、ご家族様に説明の上で、月・水・金の午前中を基本的には入浴日としている。拒否があった場合は無理に入浴せず次の日に声かけするなどしている。状況によりシャワー浴にすることもある。	重度の利用者が多く全員が車椅子である。1階のデイサービスセンターに機械浴があり全員が利用している。日により嫌がる利用者があるが、日を変えたり職員を変えたりしながら無理強いすることなく柔軟な支援体制で対応している。利用者は職員とおしゃべりを楽しみにして入浴している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	身体の状況にも合わせて支援しているが、ご本人の希望に沿って対応するように努めている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方内容を理解、確認したうえで、服薬の管理を行っている。状態をみて、内服量等を主治医と相談する事もある。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個別には難しいが、可能な限り支援している。法人内の行事には極力参加してもらっている。絵手紙の趣味の方には準備や片付けの援助している		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日常的ではないが、希望があれば支援するように努めている。身体状況もあり、外出支援が難しくなっている。感染症もあり機会があまりないが家族に外出援助できるよう働きかけている。天気の良い日はなるべく外気浴の為敷地内だが地蔵や花壇を見に散歩している。	事業所の敷地は広く駐車場には桜の木が植えられ、お地蔵さんが祀られており、これらを巡る散歩を楽しんでいる。コロナ禍で車による遠出や普段はいけな場所への外出は難しく、天候を見ながら近隣散歩を楽しんでいる。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	おこづかいとして各利用者様毎に預かっている。能力に応じお金を持ってもらう事など、個別に対応できる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	支援できる体制はあるが、現状ではなし。ご家族様に面会を促したり、一時帰宅の支援はあり。家族に希望でメールの対応をしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	面積に限りがあるのでソファなど共用スペースでくつろぐのが難しいが季節に合わせた飾りを貼ったり、生活感のある雰囲気、空間作りをしている。	共用空間は天井から光を取り入れる吹き抜け風となっている。ソファを置ける空間は無く、空気清浄器と食卓テーブルが2台置かれている。壁には利用者が持ち込んだ水彩画の絵手紙、習字が飾られ職員が工夫した生活感のある共用空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	独りになれる空間は自室のみだが、食堂の中にそれぞれが落ち着く場所で過ごしてもらっている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた物の持参は、ご家族様にも勧められているが、利用者様それぞれの状態に合わせ、私物の少ない部屋もある。愛犬のカレンダーや趣味の絵手紙の道具を置いている部屋もある。	居室には加湿器、ベッド、防災カーテン、エアコン、クローゼットが備え付けられ利用者はタンス、テレビ、ラジオ、家族の写真等を思い思いに持ち込み居心地よく過ごせる工夫がみられた。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居室やトイレの場所が分かるように大きく文字で表したり、一人で行けるように工夫している。夜間は電気を点けていたり、安全に行けるようにしている。		